

豊田市訪問理美容サービス事業利用申請書

豊 田 市 長 様

一般の理美容サービスを利用することが困難なため、豊田市訪問理美容サービス事業の利用を申請します。

<注意>

- 1 自署が困難な方は、記名及び押印に代えることができます。
- 2 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、養護老人ホーム、地域密着型介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、通所介護施設、障がい者支援施設に入所中及び医療施設に入院中の方は対象となりません。

申請日 令和 年 月 日

太枠の中のみ記入し、該当する□にレをつけてください。

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (満 歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 〒 - 豊田市	電話 -		
対象者 の状況	いずれかの認定や交付を受けている在宅の人が対象です。			
	介護保険認定	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	障がい者手帳 の交付	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1級 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A判定 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1級		
特記 事項	《通知文等の送付先が申請者住所と異なる場合等にこちらにご記入ください。》			